Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)“

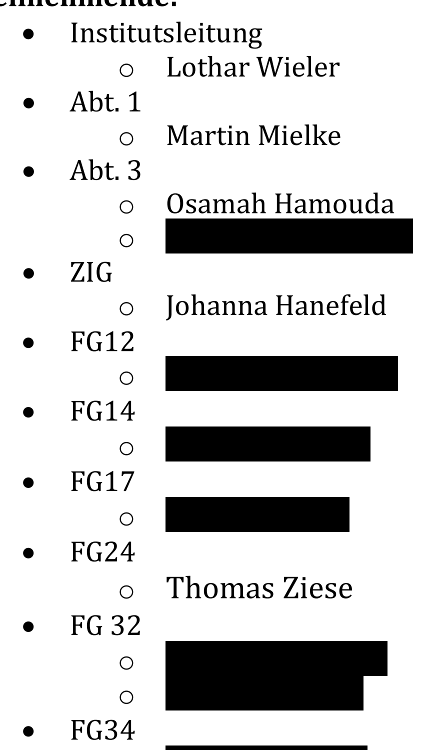
Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

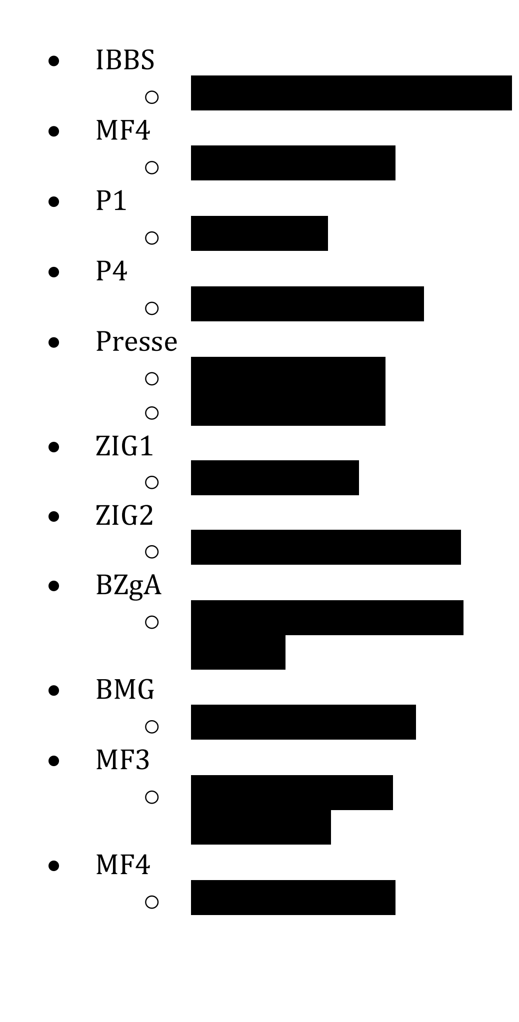
Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*24.02.2021, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	

Moderation: Osamah Hamouda, 

Teilnehmende:

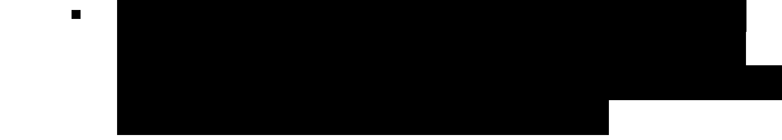


- Institutsleitung
  - Lothar Wieler
- Abt. 1
  - Martin Mielke
- Abt. 3
  - Osamah Hamouda
  -
- ZIG
  - Johanna Hanefeld
- FG12
  -
- FG14
  -
- FG17
  -
- FG24
  - Thomas Ziese
- FG 32
  -
  -
- FG34
  -
- FG36
  -
  -
- FG37
  -
- FG 38
  -
  -



- IBBS
  -
- MF4
  -
- P1
  -
- P4
  -
- Presse
  -
  -
- ZIG1
  -
- ZIG2
  -
- BZgA
  -
- BMG
  -
- MF3
  -
- MF4
  -

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** (nur freitags) **National** ○ Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) 　○ SurvNet übermittelt: 2.402.818 (+8.007), davon 68.740 (+422) Todesfälle, 7-Tage-Inzidenz 59/100.000 Einw. 　　▪ [geschwärzt] 　○ [geschwärzt] 　○ [geschwärzt] 　○ [geschwärzt] 　　▪ [geschwärzt] 　　▪ [geschwärzt] 　　▪ [geschwärzt] 　○ [geschwärzt] 　　▪ [geschwärzt] 　○ Anzahl COVID-19-Todesfälle nach Sterbewoche 　　▪ Anzahl der Todesfälle geringfügig abnehmend, hier mögliche Korrelation zu derzeit sinkender Inzidenz bei der Altersgruppe (AG) der über 80-Jährigen 　　▪ Graue Balken in Grafik über 3 Vorwochen: Nachmeldungen für diesen Zeitraum möglich bis wahrscheinlich 　　▪ Höhepunkt Sterbefallzahlen: KW51/52 2020 　○ 7-Tage-Inzidenz der COVID-19-Fälle nach AG und MW: derzeit ca. 130; niedrigste 7-Tage-Inzidenzen derzeit bei AG der 65-79-Jährigen, höchste bei AG der 90+Jährigen, aber auch bei den 20-24-Jährigen hoch ○ **Testkapazität und Testungen (mittwochs)** **Testzahlenerfassung am RKI** (Folien hier) 　○ Testzahlen und Positivquote 　　▪ Positivquote geringfügig abgesunken, derzeit bei ca. 6.1 % 　　▪ Nach wie vor nur in etwa die Hälfte der PCR-Test-kapazität ausgenutzt 　　▪ Insgesamt ca. 60 % weniger Testungen im Vgl. zum Zeitraum vor Weihnachten 　　▪ PCR-Tests geringfügig zugenommen, über 1 Mio. pro Woche 　　▪ Positivquote und Anzahl der Testungen scheint sich zu stabilisieren 　　▪ Eindruck jedoch weiterhin, dass zu wenig mittels PCR getestet wird 　　▪ Ärzte könnten wieder niedrigschwelliger testen	 FG32 [geschwärzt] Abt. 3 [geschwärzt]

	○ Auslastung der Kapazitäten ▪ Kapazitäten vorhanden, diese könnten ggf. für Pflegepersonal genutzt werden ○ Probenrückstau ▪ Probenrückstau (44 Labore, 6.820 Rückstauproben) und Lieferengpässe (13 Labore, Pipettenspitzen) derzeit eher unproblematisch ○ AG-POCT in Einrichtungen, kumulativ ▪ Zahlen insgesamt etwas gestiegen, Kernaussage unverändert: nur geringe Positivquote bei POC-Tests, größter Anteil (ca. 92 %) der Antigen-POC Tests werden PCR zugeleitet, von den Antigen-positiven Tests sind nur ca. 29 % in der PCR positiv, entspricht dem Bild der vergangenen Wochen und den Erwartungen ▪  ○ Aufschlüsselung nach Besucher, Bewohner und Personal: ▪ Anteil der in der PCR bestätigten positiven AG-Tests variiert, bei Besuchern am geringsten, bei Bewohnern und Personal etwas höher ▪ Geringe Bestätigungsquote in PCR (bei Bewohnern und Personal erfolgt Rückmeldung zuverlässig, bei Besuchern vermutlich nicht) ▪ Cave bei Interpretation aufgrund geringem Stichprobenumfang, ermöglicht aber prospektive Abschätzung der Situation **Testungen und Positivenanteile in ARS** (Folien hier) ○ Anzahl Testungen und Positivenanteile ▪ Wie in Vorwoche leichter Rückgang des Positiven-anteils, derzeit ca. 5 % ▪ Für jedes Bundesland: Thüringen: derzeit bei über 20 % Positivenanteil, muss weiter beobachtet werden ▪ Anzahl der Testungen pro 100.000 Einw. nach AG und KW: AG der über 80-Jährigen werden zunehmend weniger getestet ▪ Positivenanteil nach AG und KW: AG der über 80-Jährigen stellt nicht mehr die Gruppe mit dem höchsten Positivenanteil dar, hier nun die AG der 5-14-Jährigen führend; Positivenanteil jedoch insgesamt in allen AG abnehmend ▪ Abnahmeort in KW: Trend der Vorwochen setzt sich fort: am wenigsten getestet in Arztpraxen, derzeit hier ca. 1/3 der Testungen wie zu Höchstzeiten vor KW52, kongruent zu o.g. Zahlen; in Krankenhaus Testrate stabil; in anderen Einrichtungen nur geringfügiger Rückgang der Testrate ▪ Appell an Arztpraxen zu vermehrtem Testen sinnvoll ○ VOC:	FG37 [redacted]

- Übersicht (Daten aus 11 Laboren): deutlicher Anstieg des Positivenanteils hinsichtlich der delH69/V70 B auf ca. 17.5 %
- VOC (Daten aus 11 Laboren) für einzelne BL: heterogenes Bild, Bayern ca. 14 % del.-positive Proben, NRW ca. 20 %, andere Länder wenig betroffen
- 
- Aufschlüsselung nach AG: klarer Anstieg der B.1.1.7 auf nahezu 24 %; am wenigsten in AG der über 80-Jährigen (scheinbar bislang erfolgreiche Abschirmung); vor allem die 0-4 Jährigen betroffen, aber cave bei Interpretation aufgrund geringer Probenzahl
- Nach Abnahmeort: in Arztpraxen höchster B.1.1.7-Anteil

- Ausbrüche Altenheime: Anzahl in Vorwoche wieder angestiegen
- Ausbrüche Krankenhäuser: noch keine Entlastung, nach wie vor recht viele Ausbrüche zu verzeichnen
- Diskussion:
  - Stets zu bedenken, dass VOC ca. 50-70 % höhere Übertragbarkeit besitzt
  - Arztpraxen müssen aufgefordert werden, wieder mehr zu testen, da sonst die Erkennungsmöglichkeit erheblich eingeschränkt
  - Wurde bereits bei der KBV und dem Hausärzteverbund sowie bei der AG Testen / BMG angesprochen
  - Ursache: vermutlich symptombasiertes Testverfahren in Arztpraxen, in anderen Einrichtungen vorwiegend Routinescreening
  - Ggf. auch Betriebsärzte hierzu ansprechen, um die jüngeren, mobilen AG besser abzudecken
  - Appell an Bevölkerung, auch bei leichten Symptomen den Arzt aufzusuchen und Test durchführen zu lassen, sollte kommunikatorisch aufgegriffen werden
  - Änderung der Teststrategie hinsichtlich Arztpraxen vermutlich eher weniger zielführend

- **Syndromische Surveillance (mittwochs)** (Folien hier) — FG36 [geschwärzt]
  - GrippeWeb
    - Anstieg der Vorvorwoche setzt sich scheinbar nicht fort
    - ARE-Raten derzeit extrem niedrig, unter Sommer-Niveau
  - ARE-Konsultationen
    - Geringfügig abfallender Trend der letzten Wochen fortgesetzt
    - In letzter KW ca. 374.000 ARE-Arztbesuche

	▪ Regionale Unterschiede: Brandenburg/Berlin: AG der 0-4-, 5-14- und 15-34-Jährigen Trend steigend; BaWü: Inzidenz der AG der 15-34-Jährigen sinkt nicht so stark wie in anderen AG → diese AG ggf. übertragungsrelevant und zu beobachten ○ ICOSARI-KH-Surveillance ▪ SARI in AG > 60 Jahren sinkt; bei AG der 35-59-Jährigen etwas ansteigend ▪ Ähnlich SARI im Jahresvergleich: 15-34-Jährige stärker von Grippe betroffen, aber auch in der AG bis 59 Jahre zunehmend; bei älteren AG Trend eher abnehmend ▪ Max. Liegedauer 7d: AG der 35-59-Jährigen eher zunehmende Anzahl Covid-19-Fälle, auch bei AG 15-34-Jährigen leichter Anstieg, hier hinsichtlich des Vorhandenseins neuer Varianten zu überprüfen, beunruhigende Entwicklung ○ Diskussion ▪ Wellenbegriff – Definition des Beginns einer neuen Welle (Sprachregelung bis Freitag erforderlich): ○ Gemessen an der Inzidenz: noch keine Zunahme aber auch keine weitere Abnahme, obwohl Maßnahmen noch nicht gelockert wurden bzw. sich Lockerungen noch nicht in Zahlen niederschlagen können ○ Indikatorbericht: entsprechende Situation bislang nur in einzelnen LK vorhanden ○ Effekte abhängig von Alter zu betrachten: AG 0-4 Jahre: KiTa-Situation; 80+Jährige: Impfung; AG drunter: derzeit sehr compliant; AG 20-50 Jahre: mobil und im Fokus → altersstratifizierte Betrachtung nötig ○ Geographische Verteilung, Pendler in Grenzregionen sollten besonders adressiert werden ○ Wording 3. Welle suggeriert Handlungsunfähigkeit („nicht zu verhindern"), ist jedoch abhängig von Maßnahmen und Compliance	
	○ **Zahlen zum DIVI-Intensivregister (mittwochs)** (Folien hier) ○ 2.971 COVID-19-Patienten ITS (24.02.2021) ○ In fast allen Bundesländern COVID-19-Belegung auf ITS kontinuierlich rückläufig ○ Anzahl der Neuaufnahmen (inkl. Verlegungen) und der Verstorbenen ebenfalls rückläufig ○ Leicht behandelte Gruppe deutlicher abnehmend als intensiver behandelte Gruppe (längere Liegedauer) ○ Anteil der Covid-19-Patient*innen an der Gesamtzahl der Intensivbetten: Rückgang in den meisten BL, in 4 BL liegt Anteil von Covid-19-Patient*innen an Intensivbetten über 15 % (~ jedes 6.Bett) ○ Belastungslage auf Intensivstationen ▪ Weitere Stabilisierung	MF4 [redacted]

<table>
<tr><td></td><td>

Situation des Personalmangel verbessert sich
Raummangel bleibt bestehen
Freie Behandlungskapazitäten steigen tendenziell wieder an

Prognosen intensivpflichtiger COVID-19 Patienten
Trend setzt sich nach unten fort
Regional


</td><td></td></tr>
<tr><td>2</td><td>
Internationales (nur freitags)

SARS-Cov2 re-infection risk (Slides here), Assessment of SARS-COV-2 re-infection risk in Austria (Document here)

Case reports/series
199 previously recovered COVID-19 cases testing positive (PCR) with SARS-COV-2: 3 – 91 years, > 75 co-morbidities
16 & 60 asymptomatic at 1st and 2nd “episode”
Duration between “episodes”: 1 – 32 weeks
Follow-up testing in 7 studies
Transmission onward reported in 3 case reports, 4 identified positive contacts
Only 17 cases confirmed as reinfections through whole genome sequencing (possibly 1 more based on genetic mutations)

Almost no study reports on growth or level of virus
Symptoms at repositive are common
Using RKI in-working definition
Remaining 51 non-confirmed, 1 probable, 39 possible
Observational Studies
Predominantly from China
Total: 168.874 positive from 33 studies, 1041 re-positive (0.6%), + 44 from one study with no denominator
Genome sequencing performed in only 1 study, full-length viral genomes could not be obtained
Age of re-positive: 2 months – 90 years
Duration between two “episodes”: 1 – 33 weeks
Symptoms at re-positive: at least 56 % when reported
2 studies included follow-up testing, no onward transmission identified

Quality Assessment Tool for Observational Cohort and Cross-Sectional Studies
Top rates studies: 11/14 criteria
Zhou: 6.25 % repositive, 5 weeks between episodes
Wong: 19.81 % repositive, 3 – 5 weeks between episodes
Chen: 44/NA, 2 weeks post-discharge

Studies ≥ 12 weeks follow-up (Pilz: 30 ± 4 weeks, Hanrath: 24 weeks, Lumley: 22.8 – 33 weeks)
Studies with repositive >20 %: 21.4 – 50.0

</td><td>ZIG2
</td></tr>
</table>

- Reviews: 8 (1 preprint)
  - Three descriptive and five with metanalysis
  - Largest include 82 publications, 1350 re-positive cases, 2.6 % required ICU
- Quality Assessment of Systematic Reviews and Meta-Analyses
  - Pooled recurrence rate from top two rated studies (11 and 9/11 criteria) between 14.6 % and 17.7 %
  - Median interval onset to recurrence: 21 to 50 d
  - Time discharge to recurrence: 13.4 d
- Main Observations
  - Confirmed re-infections rare (17 known cases, maybe 19)
  - Difficult to ascertain first infection (testing error/lack of samples)
  - Genome sequencing rarely performed
  - Re-positive SARS-COV-2 test among previously recovered cases is a commonly-reported phenomenon during first few weeks (some of these cases follow exposure, severe illness at "re-positive" reported, includes deaths)
  - Limited evidence on re-positive contact tracing and onward transmission

- Diskussion:
- Aspekt der Reinfektion im ÖGD hochrelevant, Verfahrensweise nötig
- Letzte Woche Falldefinition diskutiert und vorgestellt, ist abgestimmt und kann entsprechend umgesetzt werden
- Working definition of RKI colleagues (please refer to extra slides):
  - Confirmed reinfection: Genome sequence of virus from previous SARS-CoV-2 infection is known **AND** genome sequence of the virus of the current SARS-CoV-2 infection is known **AND** genome sequences of viruses from previous and current SARS-CoV-2 infection do **not** match
  - Probable reinfection (*prerequisite: no genome sequencing result available or known for at least one of the two confirmed SARS-CoV-2 infections*): Person overcame acute respiratory illness after confirmed SARS-CoV-2 infection or had asymptomatic SARS-CoV-2 infection **AND tested negative** by PCR at least once after prior SARS-CoV-2 infection **or** the last positive PCR detection of the preceding infection was more than 3 months ago **AND** SARS-CoV-2 genome copy number in the context of current PCR detection ≥105/ml **or** virus can be grown
  - Possible reinfection (*precondition: neither A nor B applies*): person has overcome acute respiratory illness after confirmed SARS-CoV-2 infection or had asymptomatic SARS-CoV-2 infection **AND tested negative** by PCR at least once after prior SARS-CoV-2 infection **or** the last positive PCR detection of the preceding infection was more than 3 months ago **AND** individual tested positive for SARS-CoV-2 by PCR (but: SARS-CoV-2 genome copy number in current PCR detection <105/ml or not known and virus cultivation is not possible (sample not available or cultivation negative)

	○ Three-month-cutoff used at RKI, similar numbers from ECDC, in Austrian study evaluated last week four months were used, so far not less than 3 months used	
3	**Update digitale Projekte** **(nur montags)** ○ Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** **Aktualisierung Risikobewertung** (Dokument hier) ○ Anpassung an aktuelle Situation und größere Bedeutung der VOCs beigemessen ○ Überblick über zentrale Anpassungen: ▪ Zeitloser formuliert, Höhepunkt 2. Welle Ende Dezember ▪ Nicht nur Fallzahlenrückgang sondern auch der schwerer Erkrankter, Ziel der Anstrengung: Nachhaltigkeit des Fallzahlrückgangs ▪ Brasilianische VOC P1 nicht nur „nachgewiesen", sondern regional unterschiedlich mit deutlichen Anteilen nebst WT zirkulierend, höhere Übertragbarkeit und potentiell schwerer Krankheitsverläufe können zu Fallzahlzunahme und Verschlechterung der Situation führen ▪ Einzelne Indikatoren: Übertragbarkeit weiter nach vorne gestellt ▪ Bei Ressourcenbelastung: „angespannt" statt „sehr angespannt" ○ [geschwärzt] *To Do1: Bitte um Zirkulation und Durchsicht bis Donnerstagabend zwecks Besprechung und Finalisierung am Freitag,* [geschwärzt] *schickt link zu dem zu bearbeitenden Dokument an den Krisenstab* *To Do2: Frage an Krisenstab (vorletzte Seite): Verweis auf Stufenplan unter „Weitere Informationsmöglichkeiten" sinnvoll?*	FG36 [geschwärzt]
5	**Kommunikation** **BZgA** ○ Keine aktuellen Anliegen **Überarbeitung der Covid-Seite** (Dokument hier) ○ Zwecks übersichtlicherer Gestaltung mögliche Auslagerung von Kernthemen auf spezifische Unterseiten ○ Beispiel Infektionsschutzmaßnahmen: verschiedene Empfehlungen für Schulen vorhanden – S3, seitens RKI und MPK-Beschlüsse → könnte auf eine Unterseite „Empfehlungen für Schulen" ausgelagert werden; ebenso „Hygienemaßnahmen bei Covid-19"	BZgA [geschwärzt] Presse [geschwärzt]

	○ Wichtiger Einwand: Vermischung fachlicher und politischer Empfehlungen ungünstig, aber Nutzerfreundlichkeit ist zu begrüßen ○ Weitere Optionen/Vorschläge zu bedenken: Einteilung nach Zielgruppe/Nutzer, Beurteilung durch Dritte vorab sinnvoll (Angebot der Durchsicht seitens [redacted]) *To Do: Zirkulation des Dokuments an [redacted] (Hygienemaßnahmen) und [redacted] zur Durchsicht, bzw. Zirkulation an weitere Beteiligte (siehe auch Dokument zur Änderung der Risikobewertung)*	
6	**RKI-Strategie Fragen** **a) Allgemein** ○ Modellierungsstudie (mittwochs) ○ Nicht besprochen **b) RKI-intern** ○ Nicht besprochen	Alle
7	**Dokumente** Vorschläge zu Testkriterien SuS (Dokument hier) ○ Hintergrund: Brief von [redacted] und zwei Organisationen an [redacted] zu derzeitiger Formulierung der Teststrategie bei Schülerinnen und Schüler (SuS) ○ Vereinfachung, wenn gesamte Klasse zu KP1 erklärt und in Quarantäne geschickt wird, um so das Betroffensein der gesamten Schule zu verhindern ○ Vorschlag [redacted] sehr differenziert: sofern gelüftet → betroffene Person und direkte umgebende Personen KP1, Rest der Klasse KP2 Umformulierungsvorschlag UB: ○ Einbindung Gesundheitsamt (Risikobewertung), „relevante Exposition" realitätsgetreuer, weitere Kriterien (Tragen einer Maske, Abstand, Lüften etc.) können zur Beurteilung herangezogen werden ○ Anm.: Dieses Dokument muss mit dem Dokument „Kontaktpersonenmanagement" abgeglichen werden, da diese zusammenhängend zu betrachten sind ○ Zu Masken: Formulierung ändern, „Dauer" und „Kontinuität" ggf. streichen ○ [redacted]	FG36 [redacted]
8	**Update Impfen** **(nur freitags)** ○ Nicht besprochen	FG33
9	**Labordiagnostik** ○ Influenza / Virologische Surveillance (Folien hier) ○ Proben ▪ Keine wesentlichen Änderungen in dieser Woche	FG17/ZBS1 [redacted]

	▪ Probeneingänge konstantes Niveau seit Jahresbeginn: ursächlich Akquise 30 weiterer Arztpraxen ▪ Einsendequoten orientieren sich sonst an ARE ○ Viruszirkulation ▪ Rhinovirennachweis bei ca. 10 %, SARS-CoV-2 ca. 6 %, geringer Nachweis von Parainfluenza 3 (neuerdings leichte Hintergrundaktivität), kein Nachweis von Influenza im Sentinel, saisonale Corona-Viren: leichte Zirkulation ○ Sequenzierungen ▪ n = 75 sequenziert und ausgewertet, davon 11 (15 %) B.1.1.7 und 1 (1 %) B.1.351 ▪ Ansteigender Trend der B.1.1.7 (rot) ○ Diskussion: ▪ Saisonalitätsverhalten nicht genau geklärt, Vorgänge benötigen ca. 2 Wochen Vorlauf, deutliche Besserung meist erst im April zu erwarten *To Do: Bitte den Punkt „9. Labordiagnostik" in Agenda und Protokoll ggf. nach Rücksprache vorziehen, da thematisch besser einzugliedern (Vorschlag [geschwärzt])*	
10	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement** ○ [geschwärzt]	IBBS [geschwärzt]
11	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** ○ Nicht besprochen	Alle
12	**Surveillance** ○ Corona-KiTa-Studie (nur montags) **Auswertung der VOC** (Folien hier) ○ Cave: verschiedene Datenquellen verwendet, zu beachten ○ VOC Verteilung Bundesländer (Folie 2): Datenquelle: Meldedaten; „Hinweis": wenn Mutation nachgewiesen aber keine weitere Analyse, „Nachweis": durch Sequenzierung ○ Nachweis/Verdacht: ca. 11.000 Fälle in Meldesystem, meiste Fälle aus Bayern, v.a. VD B.1.1.7 (v.a. aus BaWü und Bayern) ○ Daten erst seit letzter Woche strukturiert eingegeben, daher bislang auch Kommentarfeldsuche ○ Ab 3.KW Anstieg von B.1.1.7, für MW 6/7 Übermittlung der Testergebnisse noch unvollständig ○ [geschwärzt] ○ B.1.1.7 nach Bundesland (Folie 3): Grundlage > 5 Genom-sequenzierungen (beinhalten auch mit Vorliegen eines Verdachtes weitergereichte Proben), schwarz: Anteil B.1.1.7 70-80 %	FG32 [geschwärzt]

- Zufallsstichproben (Folie 4): Top 6 Varianten (B.1.177, B1.1.7, B.1.221, B.1.258, B.1.160, B.1) aufgelistet; B.1.1.7 in KW6 bis KW6 in Top 6 enthalten, Anteil ca. 10 %
- Höhere Zahlen in VOC-Bericht angegeben, Ursache der Diskrepanz: Nachmeldung von Sequenzierungen in den letzten 2 Wochen
- Untere drei Zeilen: B.1.525 zwischen KW3 und KW6 in 23 Fällen detektiert
- Unterschiedliche Datenquellen zu B.1.1.7 (Folie 5): Laborverbund (orange), RKI (grau), Fallzahlen mit Verdacht bzw. Nachweis von B.1.1.7 (blau): kontinuierlicher Anstieg, Genomsequenzierung B.1.1.7 (gelb): Sequenzierungsnachmeldungen ausstehend
- Verteilung AG (Folie 6): AG der 15-34-Jährigen steiler Anstieg, aber auch bei 35-59-Jährigen; gegenläufiger Trend zur Gesamtinzidenz
- Vergleich zu Beginn 2. Welle Herbst 2020 (Folie 7): AG-Verteilung sehr ähnlich
- Diskussion:
  - Kongruentes Bild einer Stagnation, Inzidenz der Varianten nimmt jedoch zu, v.a. in bestimmten AG (→ Einfluss auf Gesamtinzidenz)
  - In Gesamtinzidenz noch keine Zunahme ersichtlich aber deutliche Anzeichen, dass bei einer Lockerung mit einer deutlichen Zunahme zu rechnen ist
  - Betriebsmedizin muss zu vermehrter Testung herangezogen werden, sollten auch für die Impfung aktiviert werden
  - Andere Länder mit rückläufigen Zahlen trotz Vorliegens der B.1.1.7 - mögliche Erklärungsansätze: Hypothese, dass Personen hier vor Peak der Virusausscheidung symptomatisch und somit Effekt auf Ausbreitung, dennoch waren schnelle und drastische Maßnahmen entscheidender Faktor zum Erfolg
  - Vorschlag der Darstellung der Inzidenzen ohne VOC
  - Vorsicht bei Kausalitätsbezügen, hier sollte mit Modellierung gearbeitet werden
  - 

13	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	FG38
14	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** ○ Nicht besprochen	FG38
15	**Wichtige Termine** ○ Teilnahme von [geschwärzt] an GMK - Rückmeldung dazu am Freitag erwünscht ○ IT-Mitteilung zu eingeschränktem Internet-/Telefoniedienst am Samstag, den 27.02.: Information wird an Schichtleitung des Lagezentrums weiteregegeben ○ [geschwärzt], 13-14 (Einladung durch [geschwärzt]) zu [geschwärzt]	Alle Presse [geschwärzt]
16	**Andere Themen** ○ Nächste Sitzung: Freitag, 26.02.2021, 11:00 Uhr, [geschwärzt]	